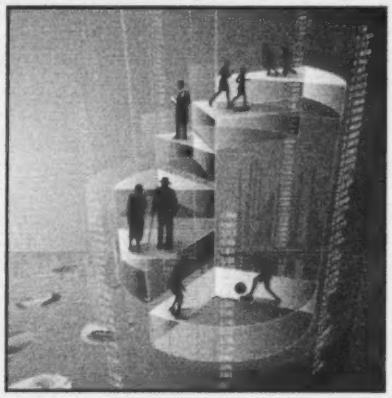
N° 82-003-X au catalogue
ISSN 1209-1375

Rapports sur la santé

Soutien professionnel et informel en santé mentale déclaré par les Canadiens de 15 à 24 ans



par Leanne C. Findlay et Adam Sunderland

Date de diffusion : le 17 décembre 2014

Statistique Canada Statistics Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

Courriel à infostats@statcan.gc.ca

Téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros sans frais suivants :

- Service de renseignements statistiques 1-800-263-1136
- Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants 1-800-363-7629
- Télécopieur 1-877-287-4369

Programme des services de dépôt

- Service de renseignements 1-800-635-7943
- Télécopieur 1-800-565-7757

Comment accéder à ce produit

Le produit nº 82-003-X au catalogue est disponible gratuitement sous format électronique. Pour obtenir un exemplaire, il suffit de visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca et de parcourir par « Ressource clé » > « Publications ».

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.gc.ca sous « À propos de nous » > « Notre organisme » > « Offrir des services aux Canadiens ».

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2014

Tous droits réservés. L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'entente de licence ouverte de Statistique Canada (www.statcan.gc.ca/reference/licence-fra.htm).

This publication is also available in English.

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, ses entreprises, ses administrations et les autres établissements. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Signes conventionnels

Les signes conventionnels suivants sont employés dans les publications de Statistique Canada :

.	indisponible pour toute période de référence
..	indisponible pour une période de référence précise
...	n'ayant pas lieu de figurer
0	zéro absolu ou valeur arrondie à zéro
0[s]	valeur arrondie à 0 (zéro) là où il y a une distinction importante entre le zéro absolu et la valeur arrondie
p	provisoire
r	révisé
x	confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*
E	à utiliser avec prudence
F	trop peu fiable pour être publié
*	valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p<0,05)

Soutien professionnel et informel en santé mentale déclaré par les Canadiens de 15 à 24 ans

par Leanne C. Findlay et Adam Sunderland

Résumé

Contexte
La prévalence des problèmes de santé mentale au Canada est la plus grande chez les jeunes et les jeunes adultes. On en sait relativement peu sur les sources que consultent les jeunes pour obtenir du soutien et sur les facteurs liés à la recherche d'aide.

Données et méthodes
Fondée sur les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale menée en 2012, la présente étude décrit les tendances en matière de soutien professionnel et informel en santé mentale déclaré par les Canadiens de 15 à 24 ans.

Résultats
En 2012, 12 % des Canadiens de 15 à 24 ans ont déclaré avoir consulté au cours des 12 derniers mois un professionnel de la santé au sujet d'un problème émotionnel, de santé mentale ou de consommation d'alcool ou de drogues; 27 % ont déclaré avoir consulté une source informelle de soutien, comme un membre de la famille ou un ami. Les jeunes Canadiens aux prises avec un trouble de l'humeur, un trouble d'anxiété ou un trouble lié à la consommation d'alcool ou de drogues, ceux ayant un ou plusieurs problèmes de santé chroniques et ceux subissant un niveau élevé de détresse ou ayant vécu une expérience traumatique pendant l'enfance étaient plus susceptibles que les autres de déclarer avoir eu recours à une source professionnelle ou informelle de soutien. Chez les personnes exposées à plusieurs facteurs associés à des besoins, la cote exprimant la possibilité de déclarer avoir eu recours à une source professionnelle ou informelle de soutien était significativement plus élevée que chez les autres.

Interprétation
Plus d'un jeune Canadien sur 10 a consulté un professionnel et environ le quart des jeunes au pays ont tenté d'obtenir du soutien informel pour un problème de santé mentale au cours de la dernière année. Les pourcentages étaient plus élevés encore chez les personnes exposées à des facteurs de risque multiples.

Mots-clés
Traumatisme dans l'enfance, risque cumulatif, détresse, problèmes de santé mentale, prestation de services.

Auteurs
Leanne C. Findlay (leanne.findlay@statcan.gc.ca) travaille à la Division de l'analyse de la santé et Adam Sunderland travaillait auparavant à la Division de la statistique de la santé, de Statistique Canada, Ottawa (Ontario).

La santé mentale des jeunes et des jeunes adultes, y compris la prestation de services correspondant à leurs besoins, pose un défi de santé publique qui est reconnu à l'échelle mondiale[1, 2]. Au Canada, la prévalence des troubles de l'humeur et des troubles liés à la consommation d'alcool ou de drogues est plus grande chez les jeunes que chez les personnes plus avancées en âge[3,4]. Les problèmes de santé mentale souvent se manifestent chez les adolescents et les jeunes adultes et peuvent avoir des conséquences négatives toute la vie durant[5]. Cela étant dit, l'adolescence et le jeune âge adulte marquent une période de transition pour laquelle il existe des possibilités d'intervention[6].

Les personnes qui ont des problèmes de santé mentale peuvent chercher à obtenir du soutien auprès de professionnels, tels que ceux du secteur médical en général[7-9], des services scolaires[10, 11] et les spécialistes (psychiatres, psychologues)[12], et auprès de sources informelles, telles qu'un membre de la famille, un ami, un collègue, un groupe d'entraide et Internet[13]. La recherche donne à penser que les jeunes sont moins susceptibles d'avoir recours aux services d'un professionnel[14], et plus susceptibles d'abandonner ceux-ci en cours de route[15] ou de les percevoir de façon négative[16], comparativement aux personnes plus avancées en âge. On reconnaît la nécessité de la recherche sur l'utilisation des services de soins de santé mentale destinés aux jeunes[17], particulièrement en vue d'obtenir de l'information concernant ses corrélats.

Selon le *Behavioral Model of Health Services Use* d'Andersen[18], trois ensembles de déterminants entrent en jeu en ce qui a trait à l'utilisation des services de soins de santé : facteurs de prédisposition, ressources habilitantes et facteurs liés aux besoins. Les facteurs de *prédisposition* sont ceux qui ont un effet sur la tendance à recourir aux services de soins de santé, par exemple, l'âge, le sexe et le statut d'immigrant. Les ressources *habilitantes* renvoient à la disponibilité de ressources physiques et humaines et aux facteurs permettant d'y accéder, comme le revenu et le lieu de résidence. Les facteurs *liés aux besoins* sont directement liés à la santé, comme la maladie et l'incapacité.

Des recherches antérieures ont fait ressortir des associations entre un certain nombre de facteurs démographiques et socioéconomiques et l'utilisation de services professionnels de soins de santé mentale par les jeunes Canadiens. Contrairement à une étude américaine[19], une étude canadienne n'a pas trouvé de différences d'utilisation des services de santé mentale entre les personnes de 15 à 18 ans et celles de 19 à 24 ans[20]. Il en ressort toutefois que les jeunes femmes sont plus susceptibles que les jeunes hommes d'utiliser de tels services[11,20]. Selon une étude de la Nouvelle-Écosse, les jeunes des ménages à faible revenu étaient plus susceptibles que ceux des ménages à revenu plus élevé d'utiliser des services professionnels de santé mentale[11]. La littérature fait état d'une utilisation relativement moins importante des services de santé mentale par les immigrants en général, comparativement aux non-immigrants[17], mais on ne relève aucune différence dans le cas des jeunes immigrants[20]. En ce qui concerne le lieu de résidence (en milieu rural par rapport à urbain), il ne représente pas un prédicteur significatif de l'utilisation des services de santé mentale par les jeunes Canadiens[20]. Les études secondaires ou postsecondaires, elles, peuvent être liées à l'accessibilité aux services de santé mentale[21] ou à l'utilisation de ces services[22], mais peu d'études ont porté sur la fréquentation de l'école comme corrélat indépendant.

Les études des associations entre les facteurs liés aux besoins et l'utilisation des services de santé mentale ont montré que seulement la moitié environ des adolescents[12] et des jeunes adultes[23] ayant un problème de santé mentale utilisent ces services. Aux États-Unis, les adolescents aux prises avec un trouble de l'humeur ou du comportement étaient plus susceptibles d'utiliser ces services que ceux ayant un trouble d'anxiété ou de consommation d'alcool ou de drogues[12], ce qui laisse supposer que le *type* de problème de santé mentale peut influer sur l'utilisation des services. Par ailleurs, les personnes ayant un problème de santé chronique étaient plus susceptibles d'utiliser des services de santé mentale[24]. La détresse aussi a été associée à une plus grande utilisation des services de santé mentale[25,26]. Enfin, on a signalé une plus grande utilisation de ces services dans le cas des victimes de violence[13], mais la plupart des études sur les expériences traumatiques dans l'enfance ont porté sur les populations vivant en établissement[27] ou sur les personnes utilisant actuellement des services[28].

L'*accumulation* de facteurs de risque peut avoir un effet sur l'utilisation des services de santé mentale. Par exemple, les problèmes de santé mentale sont relativement courants chez les personnes ayant un problème de santé chronique[29] ou celles ayant déclaré avoir subi un traumatisme[30] ou été victimes d'actes de violence[31-33] pendant l'enfance. Des études antérieures ont suggéré qu'il y a une utilisation accrue des services de santé mentale par les adultes qui, en plus d'un problème de santé mentale, avait un problème de santé physique[24], mais aucune étude fondée sur la population n'a examiné la corrélation entre l'existence d'un problème de santé mentale et le fait d'avoir subi un traumatisme général pendant l'enfance.

À partir des résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale menée en 2012 (ESCC – SM), la présente étude décrit les tendances de l'utilisation des services professionnels de santé mentale par les Canadiens de 15 à 24 ans qui sont confrontés à des problèmes émotionnels, de santé mentale ou de consommation d'alcool ou de drogues. Elle explore en outre les sources informelles de soutien pour ces problèmes, ainsi que les associations entre les facteurs de risque et la recherche d'aide, y compris l'effet cumulatif des facteurs de risque, comme le problème de santé chronique, la détresse, l'expérience traumatique subi pendant l'enfance, et le trouble mental ou le trouble de consommation d'alcool ou de drogues.

Méthodes

Échantillon

La présente étude porte sur un sous-échantillon de participants à l'ESCC – SM menée en 2012, une enquête transversale qui produit des estimations nationales des principaux troubles mentaux et de l'utilisation des services de santé mentale[34]. L'échantillon total a été sélectionné par échantillonnage stratifié en grappes à plusieurs degrés, où les provinces représentaient les strates. L'enquête avait pour cible la population à domicile de 15 ans et plus des provinces, dont étaient exclus les habitants des réserves indiennes et d'autres établissements autochtones, les membres à temps plein des Forces canadiennes et la population vivant en établissement. Aux fins de la collecte de données, on a eu recours aux méthodes de l'interview téléphonique assistée par ordinateur et de l'interview sur place. La présente analyse est fondée sur les données recueillies auprès de 4 013 personnes de 15 à 24 ans, représentant 4,4 millions de jeunes Canadiens (tableau A en annexe).

Mesures

On a demandé à tous les répondants si, au cours des 12 derniers mois, ils avaient consulté, en personne ou par téléphone, n'importe quelle source professionnelle ou informelle de soutien, relativement à un problème émotionnel, de santé mentale ou de consommation d'alcool ou de drogue. Les sources professionnelles comprenaient les suivantes : psychiatres, médecins de famille et omnipraticiens, psychologues, infirmières et travailleurs sociaux/conseillers/psychothérapeutes. Les sources informelles comprenaient les membres de la famille, les amis, les collègues/superviseurs/patrons, les enseignants/directeurs d'école, les programmes d'aide aux employés, les ressources sur Internet (diagnostics en ligne, recherche d'aide, discussions avec d'autres/thérapie en ligne/autre), les groupes d'entraide, les services téléphoniques d'aide et autres. Par souci de commodité, dans la présente analyse, « problèmes de santé mentale » s'entend des « problèmes liés

aux émotions, à la santé mentale ou à la consommation d'alcool ou de drogues ». Deux variables dichotomiques ont été dérivées pour déterminer si un participant à l'enquête avait communiqué avec 1) au moins un fournisseur professionnel de soins de santé, et 2) au moins une source informelle de soutien. Des données additionnelles ont été obtenues auprès des participants qui avaient consulté un fournisseur professionnel, y compris le nombre de consultations au cours de la dernière année ainsi que leur durée.

Corrélats

Les *facteurs de prédisposition* examinés relativement à la recherche de soutien en santé mentale étaient le sexe, le groupe d'âge (15 à 17 ans contre 18 à 24 ans) et le statut d'immigrant. Les personnes nées à l'extérieur du Canada et n'ayant pas la citoyenneté canadienne ont été désignées comme des immigrants.

Les *ressources habilitantes* étaient les suivantes : études secondaires ou postsecondaires, revenu du ménage et résidence dans un centre de population/une région rurale. Le ratio du revenu du ménage au seuil de faible revenu[35] a été divisé en quintiles. Les personnes vivant dans une collectivité de 1 000 habitants et plus où la densité de population était d'au moins 400 personnes au kilomètre carré ont été classées comme vivant dans un centre de population (comparativement à une région rurale).

Les *facteurs liés aux besoins* étaient les suivants : trouble mental et trouble de consommation d'alcool ou de drogues, problème de santé chronique diagnostiqué, détresse psychologique et expérience traumatique pendant l'enfance. Dans le cadre de l'ESCC – SM, on a administré cinq modules de la Composite International Diagnostic Interview 3.0 de l'Organisation mondiale de la Santé (CIDI-OMS) fondés sur le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Quatrième édition*[36], afin de déterminer six troubles mentaux : dépression, trouble bipolaire, trouble d'anxiété généralisée, abus d'alcool ou dépendance à l'alcool, abus de cannabis ou dépendance au cannabis, et abus de drogues ou dépendance aux drogues. Des algorithmes de diagnostic ont permis d'identifier les participants qui répondaient aux critères pour chacun des troubles. En harmonie avec la période de référence relative à la consultation des sources professionnelles et informelles de soutien, la présente analyse examine uniquement les troubles éprouvés au cours des 12 derniers mois. Des variables dichotomiques ont été créées pour identifier les participants atteints d'un trouble mental (dépression, trouble bipolaire ou trouble d'anxiété généralisée) ou ayant un trouble de consommation (abus d'alcool ou dépendance à l'alcool et (ou) abus de cannabis ou dépendance au cannabis et (ou) abus de drogues ou dépendance aux drogues).

Les participants ont été classés comme ayant reçu d'un professionnel de la santé un diagnostic de 0, 1, 2 ou au moins 3 problèmes de santé chroniques : asthme, arthrite, problèmes de dos, tension artérielle élevée/hypertension, migraines, MPOC, diabète, épilepsie, maladie cardiaque, cancer, séquelles d'un accident vasculaire cérébral, troubles intestinaux, maladie d'Alzheimer/démence, syndrome de fatigue chronique, sensibilité aux agresseurs chimiques, trouble d'apprentissage, trouble de déficit de l'attention et tout autre problème de santé chronique.

La détresse a été mesurée au moyen de l'échelle K6[37]. Même si une valeur de 13 et plus est reconnue comme étant prédictive d'une maladie mentale grave[37], une variable dichotomique a été créée à l'aide d'une répartition en tertiles, où une valeur K6 de 4 et plus représentait un niveau de détresse élevé.

En se fondant sur le *Childhood Experiences of Violence Questionnaire*[38], les participants de 18 ans et plus devaient indiquer combien de fois pendant leur enfance, soit avant l'âge de 16 ans, ils avaient vécu un événement traumatique (témoin ou victime d'actes de violence, victime d'abus sexuel)[31]. Même si une définition plus conservatrice des mauvais traitements envers les enfants a été conceptualisée à partir de cette mesure, pour

Tableau 1
Prévalence de la consultation liée à la santé mentale (12 derniers mois), selon la source, population à domicile de 15 à 24 ans, Canada, territoires non compris, 2012

Source	%	Intervalle de confiance de 95 % de	à	Nombre moyen de consultations	Erreur type	Durée moyenne (minutes)	Erreur type
Professionnelle	**11,8**	**10,4**	**13,4**	...	...	...	...
Médecin de famille / omnipraticien	6,1	5,1	7,3	5,9	1,4	23,5	1,1
Travailleur social, conseiller, psychothérapeute	5,1	4,1	6,2	14,8	2,4	48,9	2,1
Psychologue	2,7	2,1	3,3	13,9	2,3	56,0	4,2
Psychiatre	2,5	1,8	3,5	10,8	2,4	51,3	3,9
Infirmière	1,3[F]	0,8	2,1	11,0	6,2	28,7	4,7
Informelle	**26,7**	**24,7**	**28,7**	...	...	...	...
Ami	19,7	17,9	21,5	...	...	...	...
Membre de la famille	13,9	12,4	15,5	...	...	...	...
Internet (diagnostic en ligne)	7,6	6,5	8,9	...	...	...	...
Internet (discussion avec d'autres, thérapie en ligne, autre)	2,4	1,8	3,1	...	...	...	...
Internet (recherche d'aide)	2,3	1,7	3,0	...	...	...	...
Collègue de travail	2,2	1,8	2,8	...	...	...	...
Enseignant ou directeur d'école	1,9[F]	1,4	2,7	...	...	...	...
Groupe d'entraide	1,0[F]	0,6	1,7	...	...	...	...
Service d'aide téléphonique	0,7[F]	0,5	1,1	...	...	...	...
Programme d'aide aux employés	0,5[F]	0,3	0,9	...	...	...	...
Autre	1,1[F]	0,7	1,7	...	...	...	...

[F] à utiliser avec prudence
... sans objet
Nota : Les participants pouvant avoir déclaré plus d'une source, la somme des chiffres peut ne pas correspondre aux totaux.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale, 2012.

les besoins de la présente étude, la mesure a été classée en deux catégories : ayant subi ou n'ayant pas subi une expérience traumatique pendant l'enfance.

Analyse

On a calculé la prévalence de la consultation de chaque type de source professionnelle ou informelle de soutien. La consultation d'au moins une source professionnelle ou informelle a été examinée sur la base des facteurs de prédisposition (groupe d'âge, sexe, statut d'immigrant), des ressources habilitantes (situation d'étudiant, revenu du ménage, résidence dans un centre de population/une région rurale) et des facteurs liés aux besoins (traumatisme pendant l'enfance, problème de santé chronique, détresse, trouble mental, trouble de consommation). On a aussi exploré la consultation de sources professionnelles et informelles en fonction de la cooccurrence d'un trouble de santé mentale ou d'un trouble de consommation et au moins un problème de santé chronique, un niveau de détresse élevé ou un traumatisme subi pendant l'enfance.

Des analyses de régression logistique ont permis d'examiner les associations entre les facteurs liés aux besoins et la déclaration d'un soutien professionnel ou informel en santé mentale. Les modèles multidimensionnels étaient corrigés pour tenir compte des effets du sexe, du groupe d'âge, du statut d'immigrant, de la situation d'étudiant, du revenu du ménage et de la résidence dans un centre de population/une région rurale.

Des modèles distincts ont servi à examiner les associations avec l'expérience traumatique subie pendant l'enfance chez les participants à l'enquête de 18 à 24 ans (on n'a pas posée la question aux moins de 18 ans). Des termes d'interaction fondés sur l'effet cumulatif d'un trouble mental ou d'un trouble de consommation et au moins un problème de santé chronique, un niveau de détresse élevé ou une expérience traumatique subie pendant l'enfance ont été introduits dans des modèles distincts. On a effectué des comparaisons de contraste entre niveaux pour chaque facteur de risque (présence d'un trouble mental ou d'un trouble de consommation) chez ceux ayant connu et n'ayant pas connu une expérience traumatique pendant l'enfance, afin de déterminer les effets significatifs de l'interaction.

Toutes les analyses ont été exécutées dans SAS, v. 9.2. Des poids d'échantillonnage d'enquête ont été appliqués, afin que les résultats soient représentatifs de la population canadienne de 15 à 24 ans. Des poids *bootstrap* ont été appliqués au moyen de SUDAAN, v. 11.0, de manière à tenir compte de la sous-estimation des erreurs types attribuables au plan de sondage complexe[39].

Tableau 2
Prévalence de la consultation liée à la santé mentale (12 derniers mois), selon la source, et certaines caractéristiques, population à domicile de 15 à 24 ans, Canada, territoires non compris, 2012

	Source					
	Professionnelle			Informelle		
		Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %	
Caractéristique	%	de	à	%	de	à
Total	**11,8**	**10,4**	**13,4**	**26,7**	**24,7**	**28,7**
Sexe						
Hommes	7,7***	6,1	9,6	21,7***	19,1	24,5
Femmes†	16,2	13,9	18,7	31,9	29,1	34,8
Groupe d'âge						
15 à 17 ans	10,8	8,6	13,3	25,4	21,9	29,2
18 à 24 ans†	12,3	10,6	14,3	27,3	24,9	29,8
Statut d'immigrant						
Immigrant	6,4†***	4,0	10,1	25,1	20,1	30,9
Non-immigrant†	12,8	11,2	14,5	26,9	24,8	29,1
Étudiant						
Oui†	11,3	9,7	13,2	26,2	23,6	28,9
Non	12,6	10,3	15,5	27,5	24,3	30,8
Quintile de revenu du ménage						
1	11,4	8,8	14,6	25,9	22,4	29,6
2	13,5	10,4	17,2	29,5	25,0	34,3
3†	9,7	7,1	13,1	25,6	21,6	30,1
4	11,7	8,8	15,4	26,4	22,5	30,8
5	13,6E	9,5	19,1	25,8	20,7	31,7
Lieu de résidence						
Centre de population†	11,8	10,3	13,6	27,4	25,2	29,7
Région rurale	11,9	9,0	15,6	22,4*	18,2	27,2
Expérience traumatique pendant l'enfance (18 à 24 ans)						
Oui	18,9***	15,6	22,7	39,7***	35,5	44,1
Non†	8,7	6,9	11,0	20,6	18,0	23,4
Nombre de problèmes de santé chroniques						
0†	7,5	6,2	9,2	21,3	19,1	23,6
1	14,0***	11,1	17,5	33,6***	29,5	38,0
2	29,0***	22,3	36,9	36,7***	30,1	43,9
3 et plus	25,3E***	17,6	35,0	47,0***	36,6	57,7
Détresse						
Faible†	4,7	3,8	5,8	17,6	15,7	19,6
Élevée	26,9***	23,4	30,7	46,3***	42,3	50,2
Problème de santé mentale						
Oui	49,7***	41,9	57,5	67,0***	59,4	73,8
Non†	8,0	6,8	9,4	22,4	20,6	24,4
Trouble de consommation d'alcool ou de drogues						
Oui	25,8***	20,0	32,6	49,7***	43,0	56,4
Non†	9,8	8,5	11,4	23,6	21,7	25,7

† groupe de référence
* valeur significativement différente de celle observée pour le groupe de référence ($p < 0,05$)
*** valeur significativement différente de celle observée pour le groupe de référence ($p < 0,001$)
E à utiliser avec prudence
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale, 2012.

Résultats

En 2012, 12 % des Canadiens de 15 à 24 ans ont déclaré avoir consulté en personne ou par téléphone au cours des 12 derniers mois un professionnel de la santé relativement à un problème émotionnel, de santé mentale ou de consommation d'alcool ou de drogues (tableau 1). Plus de deux fois plus de jeunes Canadiens avaient consulté une source informelle pour de tels problèmes (27 %). Un peu plus de 9 % ont déclaré avoir eu recours à du soutien professionnel et informel, 3 %, à des services professionnels seulement et 17 %, à une source informelle de soutien seulement (données non présentées). La majorité des 15 à 24 ans (71 %) ont déclaré ne pas avoir cherché à obtenir du soutien professionnel ou informel pour un problème de santé mentale au cours de cette période.

Tableau 3
Prévalence de la consultation liée à la santé mentale (12 derniers mois), selon la source, et certains facteurs de risque cumulatifs, population à domicile de 15 à 24 ans, Canada, territoires non compris, 2012

	Source					
	Professionnelle			Informelle		
		Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %	
Facteurs de risque cumulatifs	%	de	à	%	de	à
Total	**11,8**	**10,4**	**13,4**	**26,7**	**24,7**	**28,7**
Problème de santé chronique et trouble mental						
Ni l'un ni l'autre†	5,8	4,5	7,4	18,6	16,5	21,0
Problème de santé chronique seulement	12,1***	9,8	14,9	29,6***	26,1	33,3
Trouble mental seulement	34,8***	24,5	46,7	61,4***	50,4	71,4
Les deux	60,1***	49,7	69,6	71,0***	60,5	79,7
Problème de santé chronique et trouble de consommation d'alcool ou de drogues						
Ni l'un ni l'autre†	6,4	5,1	8,1	18,6	16,4	21,1
Problème de santé chronique seulement	15,9***	13,1	19,1	32,6***	28,9	36,4
Trouble de consommation d'alcool ou de drogues seulement	14,9**	9,8	22,1	44,2***	35,9	52,9
Les deux	40,2***	29,9	51,4	56,8***	46,9	66,2
Détresse et trouble mental						
Ni l'un ni l'autre†	4,1	3,2	5,2	16,5	14,7	18,6
Détresse seulement	18,7***	15,4	22,6	38,8***	34,4	43,5
Trouble mental seulement	30,9***	18,3	47,1	59,9***	42,6	75,1
Les deux	53,6***	44,8	62,2	68,5***	59,9	76,0
Détresse et trouble de consommation d'alcool ou de drogues						
Ni l'un ni l'autre†	4,1	3,3	5,2	16,3	14,4	18,4
Détresse seulement	23,9***	20,1	28,2	41,9***	37,6	46,3
Trouble de consommation d'alcool ou de drogues seulement	10,2E	6,0	16,8	34,6***	26,8	43,3
Les deux	38,2***	28,9	48,4	61,7***	52,7	70,0
Expérience traumatique pendant l'enfance et trouble mental						
Ni l'un ni l'autre†	6,1	4,6	8,1	18,1	15,5	21,0
Expérience traumatique pendant l'enfance seulement	13,3***	10,5	16,7	32,9***	28,7	37,4
Trouble mental seulement	47,8***	33,5	62,5	55,7***	41,3	69,1
Les deux	49,7***	37,9	61,5	72,9***	61,3	82,1
Expérience traumatique pendant l'enfance et trouble de consommation d'alcool ou de drogues						
Ni l'un ni l'autre†	8,3	6,4	10,7	18,8	16,2	21,8
Expérience traumatique pendant l'enfance seulement	14,9***	11,9	18,6	34,5***	30,1	39,2
Trouble de consommation d'alcool ou de drogues seulement	10,9E	6,3	18,2	37,5***	28,2	47,8
Les deux	34,3***	25,2	44,7	58,4***	48,5	67,7

† groupe de référence
* valeur significativement différente de celle observée pour le groupe de référence ($p \leq 0,05$)
** valeur significativement différente de celle observée pour le groupe de référence ($p \leq 0,01$)
*** valeur significativement différente de celle observée pour le groupe de référence ($p \leq 0,001$)
E à utiliser avec prudence
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale, 2012.

Services professionnels

Environ 6 % des jeunes Canadiens ont déclaré avoir consulté un médecin de famille/omnipraticien, alors que 5 % avaient consulté un travailleur social/conseiller/psychothérapeute, 3 %, un psychologue et 3 %, un psychiatre (tableau 1). Les deux tiers de ceux qui

Ce que l'on sait déjà sur le sujet

- La prévalence des troubles de l'humeur et des troubles de consommation d'alcool ou de drogues est la plus forte chez les jeunes et les jeunes adultes.
- Des facteurs sociodémographiques et des facteurs associés à des besoins sont liés à l'utilisation de services professionnels de santé mentale, mais dans le cas des jeunes Canadiens spécifiquement, on sait relativement peu de choses à ce sujet.
- Les données concernant les corrélations de la recherche de soutien informel lié à la santé mentale sont limitées.

Ce qu'apporte l'étude

- En 2012, 12 % des Canadiens de 15 à 24 ans ont déclaré avoir consulté au cours de la dernière année un professionnel de la santé concernant un problème émotionnel, de santé mentale ou de consommation d'alcool ou de drogues; 27 % ont déclaré avoir consulté une source informelle.
- Les facteurs relatifs à l'utilisation de sources professionnelles et informelles pour des raisons liées à la santé mentale étaient similaires.
- La présence de plusieurs facteurs de risque était associée à une plus grande probabilité de consulter des sources professionnelles ainsi que des sources informelles de soutien en santé mentale.

avaient eu recours à un service professionnel ont déclaré un seul service, tandis que 20 % ont déclaré en avoir utilisé deux et 15 % en ont déclaré trois et plus (données non présentées).

En moyenne, les personnes qui ont consulté un médecin de famille/omnipraticien l'ont fait six fois au cours des 12 derniers mois, la durée moyenne d'une consultation étant de 23 minutes (tableau 1). Quant à eux, les travailleurs sociaux/conseillers/psychothérapeutes ont été consultés 15 fois, en moyenne — séances d'une durée moyenne de 49 minutes —, et les psychologues et les psychiatres, 14 et 11 fois en moyenne, respectivement — séances de près d'une heure (56 et 51 minutes, respectivement).

Soutien informel

Un jeune Canadien sur cinq (20 %) avait parlé à un ami au sujet d'un problème émotionnel, de santé mentale ou de consommation d'alcool ou de drogues, et 14 % avaient parlé avec un membre de la famille (tableau 1). Certains se sont tournés vers Internet également, 8 % dans le but d'obtenir un diagnostic en ligne, 2 %, pour y trouver de l'aide, et 2 %, pour accéder à des forums de discussion et des réseaux sociaux.

Facteurs liés à la recherche d'aide

Les facteurs liés à la consultation de sources professionnelles et informelles relativement à un problème émotionnel, de santé mentale ou de consommation d'alcool ou de drogues étaient généralement similaires (tableau 2). Par exemple, les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de déclarer consulter des sources professionnelles et informelles. Les immigrants, eux, étaient moins susceptibles que les personnes nées au Canada de déclarer utiliser des services professionnels. Aucune différence ne ressortait toutefois entre les deux groupes relativement aux sources informelles.

Contrairement aux résultats d'une étude antérieure[17], dans la présente analyse, le revenu du ménage n'était pas significativement lié à l'utilisation d'un soutien professionnel ou informel par les jeunes Canadiens. En outre, la situation d'étudiant n'était pas associée à la probabilité de chercher l'un ou l'autre type de soutien. Par ailleurs, les jeunes Canadiens qui vivaient dans un centre de population n'étaient ni plus susceptibles ni moins susceptibles d'obtenir du soutien professionnel que ceux habitant une région rurale, même s'ils étaient moins susceptibles dans les régions rurales de consulter des sources informelles.

Parmi les 18 à 24 ans ayant déclaré avoir subi une expérience traumatique pendant l'enfance, 19 % avaient consulté un professionnel, et 40 %, une source informelle, concernant un problème de santé mentale; les proportions correspondantes parmi ceux qui n'avaient pas eu d'expérience traumatique pendant l'enfance étaient 9 % et 21 %, respectivement.

Tableau 4
Rapports de cotes corrigés reliant la consultation liée à la santé mentale selon la source (12 derniers mois) à certaines caractéristiques, population à domicile de 15 à 24 ans, Canada, territoires non compris, 2012

	Source consultée					
	Professionnelle			Informelle		
Caractéristique	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 % de	à	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 % de	à
Sexe						
Femmes	2,18***	1,56	3,06	1,71***	1,36	2,13
Hommes†	1,00			1,00		
Groupe d'âge						
15 à 17 ans	1,00			1,00		
18 à 24 ans†	1,32	0,89	1,94	1,05	0,80	1,38
Statut d'immigrant						
Non-immigrant†	1,00			1,00		
Immigrant	0,51*	0,28	0,92	1,07	0,75	1,53
Étudiant						
Non†	1,00			1,00		
Oui	1,31	0,91	1,89	1,14	0,87	1,50
Quintile de revenu du ménage						
1	0,90	0,57	1,41	0,75	0,53	1,05
2	1,22	0,74	2,02	0,93	0,66	1,31
3†	1,00			1,00		
4	1,07	0,63	1,82	0,92	0,66	1,29
5	1,50	0,82	2,76	0,93	0,64	1,36
Lieu de résidence						
Région rurale	0,92	0,61	1,39	0,78	0,55	1,09
Centre de population†	1,00			1,00		
Détresse						
Faible†	1,00			1,00		
Élevée	4,37***	3,06	6,25	2,51***	1,96	3,21
Nombre de problèmes de santé chroniques						
0†	1,00			1,00		
1	1,49*	1,00	2,23	1,66***	1,27	2,18
2	3,86***	2,46	6,06	1,61**	1,14	2,28
3 et plus	2,03**	1,18	3,50	1,94*	1,15	3,26
Trouble mental						
Non†	1,00			1,00		
Oui	5,18***	3,53	7,59	3,51***	2,33	5,29
Trouble de consommation d'alcool ou de drogues						
Non†	1,00			1,00		
Oui	1,89**	1,24	2,88	2,55***	1,84	3,53

† groupe de référence
* valeur significativement différente de celle observée pour le groupe de référence ($p \leq 0,05$)
** valeur significativement différente de celle observée pour le groupe de référence ($p \leq 0,01$)
*** valeur significativement différente de celle observée pour le groupe de référence ($p \leq 0,001$)
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale, 2012.

La présence d'un problème de santé chronique était associée au fait de déclarer avoir cherché à obtenir du soutien, aussi bien professionnel qu'informel. Par exemple, 29 % des jeunes et jeunes adultes ayant deux problèmes de santé chroniques avaient communiqué avec un service professionnel de santé mentale au cours de la dernière année, comparativement à 8 % de ceux qui n'en avaient aucun.

Enfin, les personnes ayant un niveau élevé de détresse ou un trouble mental ou de consommation d'alcool ou de drogues étaient plus susceptibles de déclarer l'un et l'autre type de contact que les personnes ayant un faible niveau de détresse ou celles n'ayant pas de trouble mental ou trouble de consommation d'alcool ou de drogues.

Les taux de prévalence de la déclaration de contacts professionnels et de contacts informels les plus élevés s'observaient chez les adolescents et les jeunes adultes exposés à de multiples facteurs associés à des besoins (trouble mental ou trouble de consommation d'alcool ou de drogues, problème de santé physique chronique, détresse, expérience traumatique subie dans l'enfance), c'est-à-dire à un effet cumulatif (tableau 3). Par exemple, 60 % des jeunes Canadiens qui étaient atteints d'un trouble mental et avaient au moins un problème de santé chronique ont déclaré avoir obtenu du soutien professionnel, tandis que 71 % ont cherché à obtenir du soutien informel. Les proportions correspondantes chez les jeunes qui n'avaient pas de trouble mental ou de problème de santé chronique étaient 6 % et 19 % (soutien professionnel et soutien informel, respectivement), alors qu'elles étaient de 35 % et 61 %, respectivement, chez ceux qui avaient un trouble mental seulement.

Persistance des associations

Évidemment, les facteurs liés à la recherche de soutien pour un problème de santé mentale n'existent pas isolément; ils peuvent en fait être liés les uns aux autres. Cela étant dit, même après prise en compte de l'effet d'autres facteurs confusionnels, plusieurs rapports persistaient.

Les femmes affichaient une cote exprimant la possibilité de déclarer avoir utilisé un service professionnel plus élevée que les hommes, tandis que chez les immigrants, cette cote était plus faible que chez les non-immigrants (tableau 4). De même, les jeunes Canadiens subissant un niveau de détresse élevé, au moins un problème de santé chronique, ou un trouble mental ou de consommation d'alcool ou de drogues avaient une cote exprimant la possibilité d'utiliser un service professionnel plus élevée que ceux subissant un faible niveau de détresse ou n'ayant pas de problème de santé physique, de trouble mental ou de trouble de consommation d'alcool ou de drogues.

En outre, la cote exprimant la possibilité de déclarer avoir cherché de l'aide auprès d'une source informelle était élevée chez les femmes, les personnes subissant un niveau de détresse élevé, celles ayant au moins un problème de santé physique et celles atteintes d'un trouble mental ou ayant un trouble de consommation d'alcool ou de drogues.

Selon un ensemble de modèles sur les jeunes de 18 à 24 ans, la cote exprimant la possibilité de rechercher de l'aide était significativement plus élevée chez ceux ayant déclaré avoir vécu une expérience traumatique pendant l'enfance — tant pour l'aide professionnelle (RCC = 1,67, IC de 95 % : 1,14-2,43) qu'informelle (RCC = 1,81, IC de 95 % : 1,36-2,41) — que chez leurs homologues n'ayant pas eu une telle expérience (données non présentées).

Les modèles qui comprenaient des termes d'interaction n'ont dégagé aucun effet d'interaction important entre le trouble mental ou le trouble de consommation d'alcool ou de drogues et la présence d'un problème de santé chronique ou de détresse. En revanche, des effets importants ont émergé entre la présence d'un trouble mental ou d'un trouble de consommation et l'expérience traumatique pendant l'enfance. Chez les 18 à 24 ans qui n'avaient pas eu d'expérience traumatique pendant l'enfance, les personnes atteintes d'un trouble mental étaient significativement plus susceptibles que les autres de déclarer utiliser un service professionnel (RCC = 7,89, IC de 95 % : 3,60-17,31). Celles qui avaient eu une expérience traumatique pendant l'enfance étaient également significativement plus susceptibles de déclarer des services professionnels de soutien (RCC = 3,02, IC de 95 % : 1,65-5,55). En ce qui a trait toutefois à l'interaction entre l'expérience traumatique pendant l'enfance et la présence d'un trouble de consommation, on observe une tendance différente. Ainsi, les personnes qui avaient eu une expérience traumatique pendant l'enfance étaient plus susceptibles de déclarer utiliser un service professionnel si elles avaient également un trouble de consommation (RCC = 2,54, IC de 95 % : 1,43-4,53). Par contre, chez les 18 à 24 ans qui n'avaient pas connu d'événement traumatique pendant l'enfance, on n'a trouvé aucune différence quant à l'utilisation des services professionnels de soutien entre les personnes ayant et n'ayant pas un trouble de consommation d'alcool ou de drogues. Aucune interaction significative n'a émergé en ce qui a trait à la recherche d'aide informelle.

Discussion

En 2012, 12 % des Canadiens de 15 à 24 ans ont déclaré avoir utilisé un service professionnel de santé mentale au cours de l'année de référence, et 27 % ont cherché à obtenir de l'aide auprès d'une source de soutien informelle. La plupart des personnes qui avaient eu recours à un service professionnel ont aussi déclaré avoir consulté une source informelle.

L'omnipraticien ou le médecin de famille était le professionnel le plus couramment consulté, bien que le tiers des personnes ayant utilisé un service professionnel ont utilisé plus d'un service. Ces résultats font ressortir l'importance des connaissances en santé mentale des omnipraticiens et le besoin de coordonner les soins d'une source professionnelle à l'autre.

Même si les membres de la famille et les amis représentaient les sources informelles les plus fréquemment mentionnées, un grand nombre de jeunes Canadiens ont déclaré utiliser Internet. La santé mentale est une composante importante des renseignements que l'on retrouve sur Internet sur la santé des jeunes[40], mais la qualité de ceux-ci n'est pas contrôlée. Par conséquent, la littératie en matière d'information électronique sur la santé — c'est-à-dire pouvoir utiliser, évaluer et mettre en application cette information — est importante dans le cas des jeunes Canadiens[41]. On pourrait, à l'avenir, mener des études qui examineraient certaines sources électroniques spécifiques que consultent ces derniers pour obtenir des renseignements sur la santé mentale.

Environ la moitié des jeunes Canadiens ayant un trouble mental, et le quart de ceux ayant un trouble de consommation d'alcool ou de drogues ont déclaré utiliser un service professionnel. Ces résultats concordent avec ceux d'études antérieures[12], selon lesquels de nombreux jeunes atteints d'un problème de santé mentale ne reçoivent pas de soins professionnels de santé mentale. Il pourrait être utile de cerner les caractéristiques associées à la non-utilisation de services, notamment dans le but de faciliter l'accès au soutien professionnel.

La présente étude fournit des données probantes sur l'effet cumulatif des facteurs de risque sur l'utilisation de services professionnels. Ainsi, l'exposition à plus d'un facteur associé à des besoins (par exemple, un problème de santé mentale et un problème de santé chronique) faisait augmenter la probabilité de déclarer utiliser un service professionnel. Il se peut que les jeunes soient plus susceptibles de parler de leur santé mentale dans le contexte d'une consultation pour leur santé physique[42], qu'ils se sentent plus en confiance avec un médecin qu'ils voient régulièrement[43], ou qu'ils ne reconnaissent pas les symptômes d'une mauvaise santé mentale (par exemple, l'anxiété et la dépression)[44].

Pour ce qui est du soutien professionnel, des effets d'interaction importants ont émergé entre l'expérience traumatique pendant l'enfance et le trouble mental ou le trouble de consommation d'alcool ou de drogues. Ainsi, les personnes ayant un trouble de consommation étaient plus susceptibles de déclarer utiliser des services professionnels de santé mentale uniquement si elles avaient aussi déclaré une expérience traumatique pendant l'enfance. Quant à eux, les jeunes atteints d'un trouble mental étaient plus susceptibles que ceux n'en ayant pas de déclarer utiliser un service professionnel, et ce, qu'ils aient ou non vécu une expérience traumatique dans l'enfance. Les conclusions selon lesquelles les jeunes ayant un trouble de consommation d'alcool ou de drogues sont généralement moins susceptibles de déclarer utiliser les services de santé mentale et les effets d'interaction importants entre l'expérience traumatique vécue dans l'enfance et le trouble mental ou le trouble de consommation d'alcool ou de drogues portent à croire que d'autres analyses, particulièrement de données longitudinales, s'imposent.

Limites

Il convient de tenir compte de plusieurs limites en interprétant les résultats de la présente étude. Par exemple, l'ESCC – SM menée en 2012 a porté sur certains troubles mentaux seulement et excluait la population vivant en établissement de son champ d'observation. Les troubles mentaux ont été repérés à partir d'un algorithme, mais les données sur la recherche d'aide étaient autodéclarées. Il pourrait y avoir une divergence entre les données autodéclarées sur l'utilisation de services professionnels et celles provenant des dossiers administratifs, attribuable peut-être à un biais de remémoration ou de désirabilité sociale[45]. Il convient en outre de faire preuve de prudence dans l'interprétation d'autres données autodéclarées. Même si la recherche donne à penser qu'on peut se fier aux données obtenues par le rappel d'expériences négatives de l'enfance[46], la présente analyse précisait « au moins un » événement traumatique pendant l'enfance. Or, des études antérieures ont trouvé que les résultats en matière de santé mentale empirent à mesure que le nombre d'événements indésirables augmente[30].

Étant donné que l'ESCC – SM menée en 2012 est une enquête transversale, il n'a pas été possible d'établir un lien de cause à effet ou temporel entre les variables. Par exemple, le stress lié à un problème de santé physique peut exister avant que ne se manifeste un problème de santé mentale, mais l'inverse est aussi vrai. L'étude n'a pas non plus permis de déterminer les raisons qui incitent à chercher du soutien, ou de tenir compte de la nature des services en question.

Enfin, la recherche de soutien professionnel ou informel pour des raisons liées à la santé mentale n'est pas indicative de la prévalence des besoins[47]. Les personnes ayant besoin de soins de santé mentale ne cherchent pas forcément à en obtenir ou n'y ont pas toujours accès[48]; dans certains cas, elles peuvent déclarer des besoins non comblés ou partiellement comblés[49]. La présente étude porte sur l'*utilisation* des services de soins de santé mentale dans la population, et non sur la perception d'un besoin à cet égard chez les adolescents et les jeunes adultes. Les tendances en matière de recherche d'aide au sein de cette population peuvent être différentes de celles que l'on observe chez les personnes plus avancées en âge[14-16].

Mot de la fin

L'établissement des priorités stratégiques quant à la prestation de soins de santé mentale aux adolescents et aux jeunes adultes commence par l'évaluation de l'utilisation actuelle des services et l'identification des corrélats de cette utilisation. Les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale menée en 2012 donnent à penser qu'un grand nombre de jeunes au Canada obtiennent du soutien professionnel et informel pour leurs problèmes émotionnels, de santé mentale et de consommation d'alcool ou de drogues. La présence de facteurs de risque multiples faisait généralement augmenter

la propension à obtenir du soutien, particulièrement chez les personnes qui déclaraient à la fois une expérience traumatique pendant l'enfance et un trouble de consommation d'alcool ou de drogues. À l'avenir, les chercheurs pourraient explorer ces rapports plus en profondeur, particulièrement chez les personnes chez qui l'on a identifié des facteurs de risque. ■

Références

1. V. Patel, A.J. Flisher, S. Hetrick et P. McGorry, « Mental health of young people: a global public-health challenge », *The Lancet*, 369, 2007, p. 1302-1313.
2. L. Votta-Bleeker et K.R. Cohen, « Matching need, supply, and demand in psychology: How many to do what for whom? », *Canadian Psychology*, 55(2), 2014, p. 131-134.
3. C. Pearson, T. Janz et J. Ali, *Troubles mentaux et troubles liés à l'utilisation de substances au Canada* (Catalogue 82-624-X) Ottawa, Statistique Canada, 2013.
4. Statistique Canada, Table 105-1101 Profil de la santé mentale, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Santé mentale (ESCC), selon le groupe d'âge et le sexe, Canada et provinces. CANSIM (mis à jour le 17 septembre 2013).
5. Commission de la santé mental du Canada, *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*. Calgary, Alberta, Commission de la santé mentale du Canada, 2012.
6. M. Nunes, J.R. Walker, T. Syed *et al.*, « A national survey of student extended health insurance programs in postsecondary institutions in Canada: Limited support for students with mental health problems », *Canadian Psychology*, 55(2), 2014, p. 101-109.
7. H.M. Vasiliadis, A. Lesage, C. Adair *et al.*, « Do Canada and the United States differ in prevalence of depression and utilization of services? », *Psychiatric Services*, 58(1), 2007, p. 63-71.
8. C. Hardy, K.D. Kelly et D. Voaklander, « Does rural residence limit access to mental health services? », *Rural and Remote Health*, 11(1766), 2011.
9. H.D. Zachrisson, K. Rödje et A. Mykletun, « Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: a population based survey », *BMC Public Health*, 3, 2006, p. 34-51.
10. S. Davidson et I.G. Minion, « Facing the challenge: mental health and illness in Canadian youth », *Psychology, Health and Medicine*, 1(1), 1996, p. 41-56.
11. M. Szumilas, S. Kutcher, J.C. LeBlanc et D.B. Langille, « Use of school-based health centres for mental health support in Cape Breton, Nova Scotia », Canadian Journal of Psychiatry, 55(5), 2010, p. 319-328.
12. K.R. Merikangas, J. He, M. Burstein *et al.*, « Service utilization for lifetime mental disorders in U.S. adolescents: results of the National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement (NCS-A) », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50(1), 2011, p. 32-45.
13. A. Lesage, H.M. Vasiliadis, M.A. Gagné *et al.*, *Prevalence of Mental Illnesses and Related Service Utilization in Canada: An Analysis of the Canadian Community Health Survey*. Mississauga, Ontario, Canadian Collaborative Mental Health Initiative, 2006.
14. M.J Fleury, G. Grenier, J.M. Bamvita *et al.*, « Comprehensive determinants of health service utilization for mental health reasons in a Canadian catchment area », *International Journal for Equity in Health*, 11, 2012, p. 20-31.
15. M.J. Edlund, P.S. Wang, P.A. Berglund *et al.*, « Dropping out of mental health treatment: Patterns and predictors among epidemiological survey respondents in the United States and Ontario », *American Journal of Psychiatry*, 159(5), 2002, p. 845-851.
16. A. Jagdeo, B. Cox, M.B. Stein et J. Sareen, « Negative attitudes toward help seeking for mental illness in 2 population-based surveys from the United States and Canada », *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(11), 2009, p. 757-766.
17. N. Diaz-Granados, K. Georgiades et M.H. Boyle, « Regional and individual influences on use of mental health services in Canada », *Canadian Journal of Psychiatry*, 55(1), 2010, p. 9-20.
18. R.M. Anderson, « Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? », *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 1995, p. 1-10.
19. K.J. Pottick, S. Bilder, A. Vander Stoep *et al.*, « US patterns of mental health service utilization for transition-age youth and young adults », *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 35(4), 2007, p. 373-389.
20. E. Bergeron, L.R. Poirier, L. Fournier *et al.*, « Determinants of service use among young Canadians with mental disorders », *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(10), 2005, p. 629-636.
21. D.J. Rickwood, F.P. Deane et C.J. Wilson, « When and how do young people seek professional help for mental health problems? », *Medical Journal of Australia*, 187(7), 2007, p. S35-39.
22. N. Kozloff, A.H. Cheung, A. Schaffer *et al.*, « Bipolar disorder among adolescents and young adults: Results from an epidemiological sample », *Journal of Affective Disorders*, 25, 2010, p. 350-354.
23. J. Suvisaari, T. Aalto-Setälä, A. Tuulio-Henriksson *et al.*, « Mental disorders in young adulthood », *Psychological Medicine*, 39, 2009, p. 287-299.
24. L.E. Egede, D. Zheng et K. Simpson, « Comorbid depression is associated with increased health care use and expenditures in individuals with diabetes », *Diabetes Care*, 25(3), 2002, p. 464-470.
25. J. Sareen, B. Cox, T.O. Afifi *et al.*, « Perceived needs for mental health treatment in a nationally representative Canadian sample », *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(10), 2005, p. 643-651.
26. K.A. Urbanoski, B.R. Rush, T.C.B.D.G. Wild et S. Castel, « Use of mental health care services by Canadians with co-occurring substance dependence and mental disorders », *Psychiatric Services*, 58(7), 2007, p. 962-969.
27. N. Messina et C. Grella, « Childhood trauma and women's health outcomes in a California prison population », *American Journal of Public Health*, 96(10), 2006, p. 1842-1848.

28. K. Ginzburg, C. Koopman, L.D. Butler *et al.*, « Evidence for a dissociative subtype of post-traumatic stress disorder among help-seeking childhood sexual abuse survivors », *Journal of Trauma and Dissociation*, 7(2), 2006, p. 7-27.

29. R.C. Kessler, H. Birnbaum, V. Shahly *et al.*, « Age differences in the prevalence and comorbidity of DSM-IV major depressive episodes: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative », *Depression and Anxiety*, 27(4), 2010, p. 351-364.

30. T.O. Afifi, M.W. Enns, B.J. Cox *et al.*, « Population attributable fractions of psychiatric disorders and suicide ideation and attempts associated with adverse childhood experiences », *American Journal of Public Health*, 98, 2008, p. 946-952.

31. T.O. Afifi, H.L. MacMillan, M. Boyle *et al.*, « Child abuse and mental disorders in Canada », *Canadian Medical Association Journal*, 186(9), 2014, p. E324-332.

32. K.A. Hedtke, K.J. Ruggiero, M.M. Fitzgerald *et al.*, « A longitudinal investigation of interpersonal violence in relation to mental health and substance use », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(4), 2008, p. 633-647.

33. H.L. MacMillan, J.E. Fleming, D.L. Streiner *et al.*, « Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample », *American Journal of Psychiatry*, 158, 2001, p. 1878-1883.

34. Statistique Canada, guide d'utilisateur, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Santé mentale (ESCC)*. Ottawa, Statistique Canada, 2013.

35. Statistique Canada, *Les seuils de faible revenu de 2008 et les mesures de faible revenu de 2007* (Catalogue 75F002M) Ottawa, Ministre de l'Industrie, 2009.

36. R.C. Kessler et T.B. Ustun, « The World Mental Health (WMH) Survey initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI) », *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13(2), 2004, p. 93-121.

37. R.C. Kessler, J. Greif Green, M.J. Gruber *et al.*, « Screening for serious mental illness in the general population with the K6 screening scale: results from the WHO World Mental Health (WMH) survey initiative », *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 19(Suppl. 1), 2010, p. 4-22.

38. C.A. Walsh, H.L. MacMillan, N. Trocmé *et al.*, « Measurement of victimization in adolescence: Development and validation of the Childhood Experiences of Violence Questionnaire », *Child Abuse and Neglect*, 32, 2008, p. 1037-1057.

39. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5(3), 1996, p. 281-310

40. J.M. Burns, T.A. Davenport, L.A. Durkin, *et al.*, « The internet as a setting for mental health service utilisation by young people », *Medical Journal of Australia*, 192, 2010, p. S22-26.

41. H.J. Paek et T. Hove, « Social cognitive factors and perceived social influences that improve adolescent e-health literacy ». *Health Communication*, 27, 2012, p. 727-737.

42. P. Cohen, S. Kasen, J.S. Brook et E.L. Struening, « Diagnostic predictors of treatment patterns in a cohort of adolescent », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30(6), 2006, p. 989-993.

43. A. Gulliver, K.M. Griffiths et H. Christiansen, « Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review », *BMC Psychiatry*, 10, 2010, p. 113-121.

44. R.C. Kessler, P.A. Berglund, M.L. Bruce *et al.*, « The prevalence and correlates of untreated serious mental illness », *Health Services Research*, 36(6 pt.1), 2001, p. 987-1007.

45. A.E. Rhodes et K. Fung, « Self-reported use of mental health services versus administrative records: care to recall? », *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13(3), p. 165-175.

46. J. Hardt, P. Vellaisamy et I. Schoon, « Sequelae of prospective versus retrospective reports of adverse childhood experiences », *Psychological Reports*, 107(2), 2010, p. 425-440.

47. J.F.A.J. Joska, « The assessment of need for mental health services », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 2005, p. 529-539.

48. J. Lefebre, M. Cyr, A. Lesage *et al.*, « Unmet needs in the community: Can existing services meet them? », *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 102, 2000, p. 65-70.

49. A. Sunderland et L.C. Findlay, « Besoins perçus de soins de santé mentale au Canada : résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale (2012) », *Rapports sur la santé*, 24(9), 2013, p. 3-11.

Annexe

Tableau A
Répartition en pourcentage de la population étudiée, selon certaines caractéristiques, population à domicile de 15 à 24 ans, Canada, territoires non compris, 2012

Caractéristique	Répartition en %
Total	100,0
Sexe	
Hommes	51,1
Femmes	48,9
Groupe d'âge	
15 à 17 ans	31,0
18 à 24 ans	69,0
Statut d'immigrant	
Immigrant	15,8
Non-immigrant	84,2
Étudiant	
Oui	63,5
Non	36,5
Quintile de revenu du ménage	
1	26,1
2	21,1
3	20,4
4	19,1
5	13,2
Lieu de résidence	
Centre de population	85,1
Région rurale	14,9
Expérience traumatique pendant l'enfance (18 à 24 ans)	
Oui	35,9
Non	64,1
Nombre de problèmes de santé chroniques	
0	62,7
1	23,6
2	9,5
3 et plus	4,2
Détresse	
Faible	68,0
Élevée	32,0
Problème de santé mentale	
Oui	9,1
Non	90,9
Trouble de consommation d'alcool ou de drogues	
Oui	11,9
Non	88,1

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale, 2012.